

# 高齢者介護をめぐる家族危機

関 根 聡

## Family Crisis for Senior Citizens' Nursing Care

Akira Sekine

### 抄 録

介護保険法の施行から7年半経過しているものの、法改正に伴う制度変更、財源の確保の中、現状はまだ流動的である。そこで本稿では、介護保険制度における重要な中核であり、また制度変更の影響を最も受ける、要介護者と家族集団、及び家族員をめぐる家族危機の推移に焦点を絞りながら、家族内での役割の再組織化、家族の介護への対応、及び社会への影響について、現状を踏まえ今後の方向性や問題点を明確にしたいと考える。

**キーワード：**家族員、家族役割の再組織化、家族危機

(2007年9月28日受理)

### Abstract

Despite the passage of seven and a half years after the enactment of the Nursing Care Insurance Law in Japan, the present conditions surrounding the nursing care insurance system are still fluctuating due to the changes made in the system accompanied by the revision of the Law and some financial challenges that the system faces. Those in need of care and their family members are in the central part of the nursing care insurance system, and are most susceptible to whatever changes that the system is subjected to. While focusing on the development of the family crisis that have been experienced by those in need of care and their family members, this article aims to identify the future direction and future challenges of the nursing care insurance system taking the reshuffling of the roles to be played among family members, attitudes of family members towards the care itself, and social impacts that the family crisis have caused into considerations.

**Key words :** family members, reshuffling of the roles to be played by family members, family's crisis

Received September 28, 2007

## はじめに

高齢者に対する保健福祉に関する基盤整備は、高齢化の進展への対応という政策の中で、厚生労働省をはじめ地方自治体、各種福祉関係施設、医療関係施設が中核となり介護保険法のもとで進められている。老人福祉法にもとづく従来の措置制度とは異なり、介護、医療、療養を中心とする各種サービスをシステム化した介護保険法の2000年4月施行から7年半経ち、介護保険制度の運用に円滑さ、一般への制度周知も進み、その安定さを増している。

しかし一方では介護保険制度における、保険給付金の財源確保、介護サービス量の増大、高齢化の更なる進行に伴い、増加するであろう要介護者に対するケアの拡充問題をはじめとする課題については、介護を支援している各組織、介護高齢者を抱える家族、財源を確保給付する地方自治体などから指摘されているのも事実である。こうした問題は介護保険法の改正後、サービスの低下となって顕在化してきている。例えば、法改正以前は2時間以上の生活支援サービスを行っていた訪問介護事業者は、これまでのサービス内容の見直しを迫られ、1時間30分以内に圧縮しなければ介護保険からの報酬を得られなくなった。また要介護高齢者が家族と同居している場合には、訪問介護の生活支援サービスを利用できなくなり、サービスを受け続けるために、同居していた家族と離れ独居する高齢者の増加や、家族が要介護高齢者との同居をあきらめるといった現象が起きているのも事実である。加えて、導入された介護予防サービスの規程によって、地域包括支援センターが介護予防プランを立てることになったが、その対象者の多さによって機能しないケースが多発している。これらのように今回の改正によって、財源確保の視点から介護サービスが縮小し、介護保険制度がスタートした際の理念であった「介護の社会化」という視点が失われつつあるといえる。

換言すれば、高齢化の進行に追いつくために、2000年代前半は介護保険法による介護環境の基礎づくりに力が注がれたが、一応基礎がある一定整った現段階は、これまでの見直しにその力点が転換していると言える。改善と制度としての維持は時と場合によっては相反する形になるがゆえの弊害や今後の動向も見据えながら対応することが求められている。これは日本のみが抱える問題ではなく、介護保険制度の先進諸国である北欧をはじめとするヨーロッパ諸国においても問題となっている。高島昌二が指摘しているように、「先進福祉国家であるスウェーデンでさえ、社会保障という再配分システムの基盤となっている高税・高給付の限界や、経済の停滞、失業率の高さといったことから、社会的給付の削減がはじまり福祉に対する揺らぎが発生しており」（高島2003：116-121）、どの社会においても高齢者に対する社会保障制度は完成していないのが現状である。

こうしたなか日本において高齢社会のピークとされている2025年に向けて、これからの方向性として求められるものには、高齢社会に対する対処療法のみならず、高齢者に対する福祉の社会化の持続と規模の拡大の必要性、個別のニーズに合わせたケア、直接高齢者を支える家族への社会的支援が、主要な課題となる。加えて、介護従事者とその対象となる要介護高齢者の関係性や、介護従事者と要介護高齢者を抱えている家族員との関係性、

また要介護高齢者と家族員との関係性といった、家族内での関係の構築及び維持が重要となってくる。これらの理由から介護保険制度の運用の中核となるのは、もちろん社会資源<sup>(1)</sup>の充実でもあることは言うまでもない。しかし、特に法改正の中でより顕在化してきた、「社会が介護を担う」という位置づけから「家族による介護」への政策の転換が、要介護高齢者と家族の関係にこれまで以上の揺らぎをもたらすと予測される。

こうしたなか近年の研究を見ていくと、社会福祉の分野を中心に高齢者労働に関するもの、高齢者を支える地域ネットワーク作りに関するもの、公的介護と地域福祉の関連性についての研究、高齢者を支えるための医療保障に関するもの、高齢者福祉の財政問題など、多岐にわたる研究や試みはなされているものの、要介護高齢者をめぐる介護に携わる人間関係について、また要介護高齢者をめぐる家族危機についての研究は、先にあげたものに比べそれほどなされていないのが現状である。加えてこれまでの「家族集団を単位とすることによってできあがっていた、地縁集団という高齢者を支えるシステムの崩壊（地域の個人化）」（武川 2004：4-5）についても包摂しなければならない。そこで本稿では、高齢者介護の現状と地縁集団の縮小といった背景における、要介護高齢者と家族員の関係に焦点を絞って論述していく。そして介護過程における家族員の対応や要介護高齢者の反応を精査しながら、家族危機へのプロセス及びその回復過程について検討し、今日の家族介護における問題点や課題、改善点について明らかにしていく。

## 1. 介護保険制度の現状

上記の現状の中での介護保険制度は、昨年これまでの施策の方向性に変更を加えることになった。従来の介護保険制度の施策の中心は、家庭内で看ることができない要介護者を、社会で支えるという介護システムの構築（社会が介護をする）であったが、制度施行後5年目の見直しによりその重点が、介護予防重視型システム（社会が介護を予防する）に転換することになった。これは介護給付制度の変更を導き、例えばこれまでの介護6区分（要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5）から、7区分（要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5）への変更となり、これまでの「要支援」、「要介護1」といった介護給付を、新予防給付<sup>(2)</sup>として変更することになった。

介護保険スタート後の5年間で、要支援・要介護1といった軽度者は約2.4倍と大幅に伸びており、要介護認定者全体のおよそ半数を占めるに至っている。また、こうした軽度者は、効果的なサービスを提供することにより、状態が維持・改善する可能性が高いとも考えられている。しかし現行のサービスでは、軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないとの指摘がなされていることから、介護保険給付制度における変更が行われたのである。このため、今回の改正においては、まず第1に、状態の維持・改善の可能性が高い軽度者に対する給付（予防給付）の内容や提供方法が見直された。そこで、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが行うこととし、通所系サービス

において、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上などを新たなメニューとして位置付けるなどの見直しを行っている。第2に、要支援・要介護になる前の段階から、介護予防に資するサービスを提供していく（介護予防事業）としている（厚生労働省 2006：252-253）。

ではこうした、制度の変更の背景における、要介護者の状況について更に精査してみる。まず、介護保険制度における要介護者又は要支援者と認定された者のうち、65歳以上の者の数についてみると、2004年度末で394.3万人となっている。また、介護保険制度のサービスを受給した65歳以上の被保険者は2005年4月審査分で324.5万人となっており、男女比でみると男性が27.8%、女性が72.2%となっている。さらに、介護サービスの利用実態をみると、軽度の者は居宅サービスの利用が多い一方、重度（要介護4又は要介護5）の者は施設サービス利用が半数を超えていることが分かる（内閣府 2006：39）。加えて厚生労働省「国民生活基本調査」から、在宅の要介護者等の要介護度を男女別にみると、今回変更になった要支援者、要介護1の合計は男性が45.7%、女性は56.8%となっており、認定を受けている者の中では女性の方が要介護度の低い者が多いことが分かる。また総数から見ると要支援者、要介護1に属している65歳以上の高齢者の割合は、53.2%と受給者の半数以上を占めているが見えてくる。

更に施設等に入所している者の要介護度をみると、介護療養型医療施設に要介護度の高い者が多く、平均要介護度は4.24となっており、要介護5の者の割合も53.0%となっている。一方、介護老人保健施設には要介護度の低い者が多く、平均要介護度は3.20、要介護3以下の者の割合は54.8%となっている。介護老人福祉施設は平均要介護度、要介護度別の入所者構成比も両者の中間にある。要介護者等のうち、医師による診断の結果、介護を必要とする「認知症あり」と診断されている者は、在宅の要介護者等で男性9.6%、女性13.6%、また施設在在者では男女とも半数以上となっていることが分かる（上掲書：39-42）。この調査結果から介護療養型医療施設といった医療介護の側面では、要介護度が高い高齢者が利用し、福祉と医療の中間に位置づけられている介護老人保健施設、そしてより福祉的立場にある介護老人福祉施設においては、要介護度が余り高くない要介護高齢者が利用していることが分かる。そして要介護度が余り高くなく、更に病状の安定し入院治療の必要のない要介護高齢者が、社会復帰するためのリハビリや、看護、介護を受けることを目的として介護老人保健施設を利用していることから、この機関での利用を終えた場合、家庭（家族による介護）に移っていくことが予測される。

## 2. 家族と介護の状況

続いて要介護者等のいる世帯について、その世帯構造をみると、「核家族世帯」が30.4%（うち約3分の2は「夫婦のみ世帯」）と最も多く、次いで「三世帯世帯」が29.4%、「単独世帯」20.2%、「その他の世帯」（単独世帯、核家族世帯、三世帯世帯以外の世帯のことであり、高齢者と子ども夫婦が同居している世帯などが該当する。）20.0%の

順となっている。単独世帯における要介護度の構成割合をみると、「要支援」（32.1%）、「要介護1」（42.4%）で、両者を足した割合は7割を超えている。一方、「要介護2」以上の割合は他の世帯形態に比べ低くなっているが、これらは要介護度が重くなると、家族との同居や施設への入所等を選択する者が増加することによるものと考えられる。また、夫婦のみの世帯についてみると、「要介護4」が10.1%、「要介護5」も8.1%となっており、介護サービスを利用しなければ、配偶者一人に大きな負担がかかるケースも相当なレベルで存在していることが分かる。要介護者等からみた同居している主な介護者の続柄をみると、妻が16.5%、息子の妻が19.9%、娘が11.2%などとなっており、これらを合計すると49.5%と女性が主な介護者のほぼ半数を占めている。一方で、男性が主な介護者となっている割合は16.6%と少なく、夫（8.2%）と息子（7.6%）はほぼ同じくらいの割合となっているが、娘の夫は0.4%と1%に満たないことが分かる（上掲書：42-43）。

また、要介護者等と同居している主な介護者の年齢についてみると、要介護者等が65歳以上の高齢者の場合、その主な介護者の半数以上が60歳以上の者となっており、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在していることが分かる。家族の中ではだれに介護を望むのかについてみると、男女とも「配偶者」の割合が最も高いが、女性は「娘」の割合も高くなっている。同居している主な介護者が1日のうち介護に要している時間をみると、「必要な時に手をかす程度」が44.7%、「ほとんど終日」21.6%となっている。要介護度別にみると、要支援者、要介護1及び要介護2では「必要な時に手をかす程度」が最も多くなっているが、要介護3以上では「ほとんど終日」が最も多くなっており、要介護5では約半数がほとんど終日介護していることが見えてくる（上掲書：43-44）。

こうした状況から要介護者等のいる家族の形態は今後、単独世帯に移行する可能性が高いものの、しばらくは家族と同居する世帯が多いことが分かり、この点で家族による介護に注目することの必要性、そして家族内で介護を行う際の家族内の関係的地位、集団的地位との関連についても、さらに検討を加えなければならないことが見えてくる。

### 3. 介護サービスと家族介護の関係性

先に記述した介護保険制度の現状や介護の状況からも分かるように、介護保険制度の基本部分は、介護予防、家族員による介護に重点が置かれている。また要介護度の軽度者若しくは中度者への支援が中心であるということ、主たる担い手は女性に偏っていることなどが推察できる。この点を加え先の統計を捉えなおすと、これからの介護の方向性は、介護予防という観点から、在宅中心の介護が主流となり、当該の家族員（特に女性中心<sup>(3)</sup>）は介護に対して相当の時間、金銭、労力を求められ、また要介護高齢者を社会化できず、家庭内で高齢者を介護する家族が増大していく構図が浮かび上がってくる。

そのような制度移行に伴うこうした状況をここでは、「家族における介護を原因とする一つの危機」として捉える。分類化を進めるにあたって介護をめぐる状況の整理をするために、家族社会学の分野で用いられてきた危機理論<sup>(4)</sup>に注目していく。これまで用い

られてきた集団としての家族に対する危機理論の代表的なものに、R.Hill (Hill 1949) のABC-X<sup>(5)</sup>がある。彼はこの中でいくつかの要因が重なることで、家族危機が発生することを導きだした。その後新しく提唱される危機理論のほとんどが、R.Hillの理論に依拠している。その中でもABC-Xモデルをさらに発展させた形で、H.McCubbin (McCubbin 1981) が、時間の視点及びストレスとなる出来事の累積の概念を加えた形で、Double ABC-Xモデルとして発展させた。更にH.McCubbinとJ.Patterson (H.McCubbin & J.Patterson 1983) は、家族の危機に対して、これまでの構造を維持しようとする順応の過程と、危機に対して変革させようとする適応の過程を明らかにするためのモデルであるFAARを示している。現在の流れとしては、インタビューや観察法の分析に応用しやすいように、また相互作用の状態や因果関係をより明らかにするために、分析枠組みが詳細化されている。

これらの時間軸とストレスの累積の有無を加味しながら捉えていく場合や、出来事の発生と危機との因果関係を明らかにする場合、さらには個別の介護事例の分析といった場合には、R.Hill以降の危機理論を用いることは適当である。しかし本稿では、家族の中に起こる危機に結びつきやすい出来事とその対処といった事柄を明確にすることや体系化することを目的としている。そこで家族危機としての高齢者問題を的確かつ簡潔化し、さらに要介護高齢者と家族員の関係を中心に捉えていくため、上記の危機理論のうち、最も単純化され、また応用のしやすい、R.Hill (Hill 1949; 1958) が提唱している理論枠組みを用いて整理していく。加えてR.Hillがその危機に対して、家族集団は危機を体験した後、その危機に対応する若しくは克服するために、従来の家族が行ってきた個々の役割を解体し、状況に合うように家族役割を新たに組織化するという経過をたどって対応していくという、家族役割の再組織化について言及していることも、分析にあたりR.Hillの理論を用いる理由である。

そこでR.Hillの提唱した理論を、現在の社会問題としての要介護高齢者と家族の関係に応用し、以下の順序で分類を行っていく。まず現在の家族における要介護者をめぐる介護状況を、危機をもたらすストレス源の一つとして扱い、家族の危機対応資源、及び家族の介護に対する意味づけといった次元で扱いその背景を捉えていく。加えて、上記の分析の結果、家族の介護状態が家族危機として捉えられる場合、要介護者を抱える家族の家族関係の維持としての家族内役割の変更、そして情緒関係を含んだ上での家族役割を再組織化していく過程で捉え、要介護の度合いを軸とする分類化を行う。そして家族の危機調整のために行う家族役割の再組織化には、どのような選択肢を挙げられるのか、また再組織化した後の回復の水準についても検討していく。これらの手順を中心に、介護による家族危機の分析に対応できるよう独自にモデル化すると、次の4つに分類が可能だと考えられる(図1参照)。

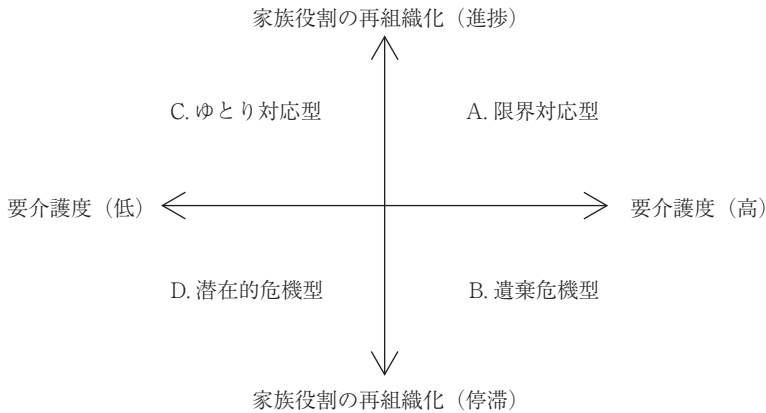


図1 要介護者をめぐる介護状況に関する類型

### A. 限界対応型

この「限界対応型」は、家族員がそれぞれ要介護高齢者の現在の状況を把握し、また介護を支えるための文化的資源を持ち合わせていること、加えて円滑なケアを進める上で文化的・人的資源を有効に活用できている状態にある、若しくは差し迫った避けることのできない介護状態の中で、家族が当面の対処として、またその状況を克服するため、日常の家族役割を変化させ組織している状態にあることを示している。

前者の場合は家族員が多い場合や、家族員個々の役割にゆとりがある場合がこれにあたる。一方家族の構成員が少ない場合や、個々の家族員が個人的に処理しなければならない事柄を多く抱えている場合には、その再組織化の度合いが弱く、不安定なまま推移する場合も考えられる。

加えて家族役割の再組織化において、要介護高齢者との関係における情緒的関わりやの深浅の度合いによっても、その速度は変化することが考えられる。以前から深い情緒関係を築くことができている場合においては、要介護高齢者の意思に即した形の迅速な変化、中程度の場合には要介護高齢者とそれを支える家族員との折り合いのもとでの緩やかな変化、関係が浅い場合には、家族員の意思にもとづく鈍重な変化であることが考えられる。また変化の際に求められる家族員個々の消費エネルギーについての自覚も、再組織化に対するモチベーションが高い場合には疲労が少なく、他方モチベーションが低い場合には疲労が大きくなる。そして重要なことはその疲労の度合いが、再組織化以降の介護において持続的に影響を与える可能性があるということである。

### B. 遺棄危機型

次に「遺棄危機型」は、介護を支えるための文化的・人的・物的資源を持ち合わせていない場合や、家族員に要介護高齢者に対して支援する意思がない状態、若しくは要介護高齢者との意思の疎通が可能であったとしても、家族員が要介護高齢者の現在の状況を的確に把握する知覚に支障を来している場合であり、状況を克服するための再組織化ができな

い、あるいは変化する意思がない状態にあることを表している。

特に要介護高齢者と家族員間における情緒関係が浅い場合には、家族員に要介護高齢者に対して支援を行うという意思をもたらない可能性が高く、積極的遺棄の状態にあり、介護環境の崩壊による家族の凝集性の低下が、最終的に家族組織の崩壊をもたらすといった危機に陥る可能性が高くなる。

一方、人的資源を持ち合わせていないことについては、家族員の人数が少ないこと、個々の家族員が個人的に処理しなければならない事柄を多く抱えている場合、そして経済的側面のゆとりで左右される。この場合においては要介護高齢者との関係において情緒的関わりの深浅にほとんど関係なくこの状態に陥ることが予測され、消極的な遺棄の状態をもたらす可能性がある。留意すべき点は、やむを得ないといった消極的な遺棄であったとしても、当該の家族においては介護を克服できなかったという事実は残るため、家族の凝集性の低下といった危機をもたらす可能性があることである。

### C. ゆとり対応型

この「ゆとり対応型」は、要介護高齢者の状態が比較的まだ軽いということが影響しており、加えて要介護度が低いことにより、支える家族員側に以前と比べそれほど大きな再組織化が求められない状態を表している。もちろん限界対応型と同じく、家族員がそれぞれ要介護高齢者の現在の状況を把握していること、また介護を支えるための文化的資源を持ち合わせていること、加えて円滑なケアを進める上で人的資源を有効に活用できている状態にあることが条件となる。さらに要介護の初期であることから、家族員それぞれに、状況の知覚や意味づけの有無が問われることが余りなく、さらなる人的資源が求められないことから、再組織化の力をそれほど持たない家族においても、家族員が役割を変化させ対応できる状態にある。

また要介護高齢者を支える家族員が多い場合や、家族員個々の役割にゆとりがある場合、家族集団が保有する文化的・人的・物的資源が多い場合においては、更にその安定さを増すことになる。加えて家族役割の再組織化であるが、要介護高齢者との情緒的関わりが深い場合は、要介護高齢者の意思に即した形の迅速な変化と安定がもたらされ、仮に情緒関係が低い場合においても、ある一定のレベルで介護状態が維持されることになる。そして家族役割の再組織化の際に求められる家族員個々の消費エネルギーについても、再組織化に対するモチベーションが高い場合にはほとんど自覚されず、他方モチベーションが低い場合においても再組織化のための労力の総量が少ないため、その疲労は少ないと考えられる。

### D. 潜在的危機型

最後の「潜在的危機型」は、介護の初期型に見られる形態である。特に、当該の家族において、要介護高齢者が初めて家族員の中に見られるといった場合や、要介護高齢者にとって介護が必要であると知覚されていない場合、また知覚できていてもどう対処すればいいか戸惑っている場合もこの形態の中に含まれる。

また、要介護高齢者と家族員間における情緒関係が浅い場合には、家族員に役割の再組



組織化を伴ってまで、要介護高齢者に対して支援を行うという意思をもたらさないことや、要介護高齢者は介護を必要とする段階ではなく、あくまで自立を求めるといった対応を家族員がとる場合も考えられる。

一方、要介護高齢者に対してある一定の介護が必要であると知覚できている場合においても、その必要性に当該の家族が意味づけできない場合においては、再組織化を妨げることになる。加えて、知覚が可能であっても家族にその意思が見られない場合、要介護高齢者との意思の疎通によって伝えられたニーズに対応しなければ、要介護者と家族員の関係が悪くなることで危機に陥るといった可能性があるような状態においてのみ、最低限の再組織化が成されるといったケースである。

また、遺棄危機型と同様に、当該の家族が文化的・人的・物的資源を持ち合わせていないこと、家族員の人数が少ないこと、個々の家族員が個人的に処理しなければならない事柄を多く抱えている場合、経済的側面のゆとりがない場合には、家族役割の再組織化を困難にさせる。この場合においては要介護高齢者との関係において情緒的関わりをの深浅にほとんど関係なくこの状態に陥ることが予測される。ただし遺棄危機型と違い、要介護高齢者及び家族員が、要介護度の低さから困窮することが少なく、時には自分自身がともに危機的状態に置かれていることを認識できないといった状況も考えられる。

#### 4. 再組織化における流動性

上記の類型は、要介護高齢者と家族員との関係における位置づけで述べているものである。よって統計資料における単独世帯の要介護高齢者といった、全く家族員との関わりを持たない状況を除き、要介護高齢者と家族員が同居若しくは近居している場合には、上記の分類に整理することが可能である。そこでこの4分類を用いながら、制度の状況、家族役割の再組織化、そして介護の社会化の関係について捉えていくことにする。その方法として「限界対応型」、「遺棄危機型」、「ゆとり対応型」、「潜在的危機型」といった各分類間における移行の可能性について整理を行う。

ここでは介護保険制度の変更により、従来よりも家族集団を中心に介護を行うという立場、その補助的機能である介護の社会化としての介護保険という制度理念に沿った形で論述を進める。なお、「限界対応型」及び「ゆとり対応型」が家族員の介護に向ける労力の効率性の維持、財政及び個々の経費負担の側面、情緒関係の維持に繋がること、加えて介護保険法の基本理念に即していることから、現状では理想型だと考えられる。

しかし全ての介護状況が「限界対応型」及び「ゆとり対応型」に移行できていない、若しくは移行できるかが不明であること、「限界対応型」及び「ゆとり対応型」から「遺棄危機型」、「潜在的危機型」に移行する可能性も考えられることから、その点についても併せて勘考していく。

### ①「潜在的危機型」から「ゆとり対応型」への移行

「潜在的危機型」から「ゆとり対応型」への移行は、条件がそろえば比較的容易に移行できる形態だと考えられる。その要因として最も大きいことは、要介護高齢者の介護度合いが軽いこと、そして要介護高齢者と家族員の間意思の疎通が可能であることが挙げられる。家族員が初めて介護にあたるといったケースや、どう対処すればいいか戸惑っているといったケースにおいても、高齢者の要介護状態に合わせた人的・物的資源を、的確に家族員が手に入れられた場合、若しくは外部者（介護支援専門員）とともに、介護サービスの種類やケアの度合いを選択しながら、公的介護サービス全般についての情報の入手、ケアに関する知識といった資源（在宅介護サービス、施設介護サービスなどの各種サービス）などの社会的資源を取り入れた場合には、比較的容易に再組織化が可能になる。

### ②「潜在的危機型」から「限界対応型」への移行

「潜在的危機型」から「限界対応型」への「ゆとり対応型」を介さずの移行は、社会との分離と接近によって起こるケースだと考えられる。特に長期間「潜在的危機型」だった場合には、再組織化が行われにくく、要介護度が上がっていくスピードに、当該の家族の役割システムでは要介護高齢者に対応できなくなった場合と、家族の役割システムの不備から要介護度を上昇させていく場合である。これらの危機において外部から人的資源が導入されたならば、再組織化が行われ要介護高齢者を支えることが可能になる。

また①で説明した「潜在的危機型」から「ゆとり対応型」を経てからの「限界対応型」への移行の場合は、上記とほぼ同じ形を取るようになるが、要介護度と家族役割の再組織化が一定のレベルで咬み合っている「ゆとり対応型」を経ていることから、当該の家族に対する介護への意味づけが、余り揺らぎをもたらしなことが予測され、更に再組織化がスムーズに進むと考えられる。

### ③「潜在的危機型」から「遺棄危機型」への移行

「潜在的危機型」から「遺棄危機型」への移行は、特に外部からの支援がなければ陥りやすい移行の形態である。この移行にあたっては、いくつかの背景が考えられるが、その代表的なものとしては、要介護高齢者と家族員間における情緒関係が結ばれていない場合、家族員の役割の再組織化を促さないために、さらに介護状況を悪化させてしまい、要介護者をネグレクトの状態にしてしまうというケースである。また要介護高齢者へのケア中心の生活に対して、家族員が意味づけをできない場合においては、再組織化を妨げることになり、その結果として「遺棄危機型」に陥る可能性がある。

加えて、家族の意思に関係なく、当該の家族が文化的・人的・物的資源を持ち合わせていない場合、状況を変化させる力がないことから、時間の経過とともに、「遺棄危機型」に移行してしまうといったケースが考えられる。

上記のいずれの場合においても、介護をしない、若しくは介護ができないといった状況は、家族の凝集性を更に落ち込ませることになり、当該の家族集団において強度の危機を

もたらすことになる。

#### ④ 「遺棄危機型」から「ゆとり対応型」への移行

「遺棄危機型」から「ゆとり対応型」への移行は、特異的な事柄が重ならないければ実現しにくい移行プロセスだと考えられる。例えば家族の介護放棄といった事項に対しての法的罰則の強化によって、当該家族が処罰を回避するために介護対応するといった変化や、その他の理由で介護に対する急激な意味づけの改善などが必要となる。しかしこの「遺棄危機型」といった状況に達した家族集団において、ほとんどの場合は当該の家族の勢力のみでの変化は難しく、外部からのスキルの導入や人的資源による援助がなければ「ゆとり対応型」への移行は実現しにくい。またこれらの状況に加えて、新薬の開発や新しい医療技術の発達といった要介護度の緩和や改善が伴わなければ「ゆとり対応型」への移行は考えにくく、こういったケースは理念型では考えられるものの、現実としてはごく希なケースであるといえる。

#### ⑤ 「遺棄危機型」から「限界対応型」への移行

「遺棄危機型」から「限界対応型」への移行は、家族役割の再組織化によって起こる移行プロセスである。④の移行プロセスで示した、法的罰則の強化への変更による当該家族の危機回避のための変化や、介護に対する当該家族の意味づけの改善といった出来事によるケースである。先で示した積極的遺棄の場合においてその移行は難しいものの、家族の人員の少なさ、経済面にゆとりがないといった要因による消極的遺棄であった場合には、外部からの支援によって移行がなされる可能性は高まる。

#### ⑥ 「限界対応型」から「遺棄危機型」及び「ゆとり対応型」から「潜在的危機型」、「遺棄危機型」への移行

最後に「限界対応型」から「遺棄危機型」への移行と、「ゆとり対応型」から「遺棄危機型」若しくは「潜在的危機型」への移行であるが、現実には起こりえる問題として、例えば介護者の突然の事故や疾病などによる入院などの要因によって移行する可能性がある。なぜなら先に示した統計からも推測できるように、65歳以上の者のいる世帯や、夫婦のみの世帯といった高齢者の単独世帯の増加、更に「老老介護」といった状況から、突然に介護している側の役割遂行が滞る可能性も考えられるからである。「限界対応型」の状況下において、軽度の介護遂行の停滞がおこった場合は、当該家族の勢力に余裕がないため「遺棄危機型」へ移行するケースが高くなると考えられる。一方「ゆとり対応型」の状況下において、軽度の介護遂行の停滞がおこった場合には、「潜在的危機型」への移行の可能性が高まる。しかし重度の介護遂行の停滞がおこった場合には「限界対応型」の移行と同様に、「ゆとり対応型」から直接「遺棄危機型」へ移行するケースも考えられる。

もう一つは、介護そのものが家族の情緒関係を悪化させ移行を引き起こすケースである。介護は当該の家族員に相当量の労力を消費させる。その消費に対して、見合った形での要

介護者による謝辞や感謝等の行為がなされなければ、情緒関係が崩れていく可能性が高くなる。例えば要介護高齢者が認知症など発症した場合など、介護そのものの認識ができなくなるため、情緒関係を保つための行為を期待できない。加えて多くの事例に見られるように、認知症による介護への抵抗等は、更にその関係を悪化させる。この場合においては、「限界対応型」から「遺棄危機型」、若しくは「ゆとり対応型」から「潜在的危機型」、「遺棄危機型」への移行の可能性が高まる。

## 5. 移行における課題

ここで明確に見えてくることは、要介護高齢者の状況と、要介護高齢者を支える家族員個々の状況(世帯としての状況も含む)、そして関係的資源としての介護保険制度といった、三者がともに一定せず流動的であるということにある。更に加えるならば流動的であるからこそ、それぞれの家族により介護支援の形には違いが見られ、移行プロセスも多岐にわたることになる。

また現在の状況においては、個々の家族が保持している文化的・人的・物的資源に格差があるため、例えば介護保険制度そのものを周知しているかいないか、公的介護サービス全般についての理解と情報の入手程度の差、ケアに関する知識といった資源の習得の差、中央と地方といった介護保険制度の地域格差など、これら多くの要因が家族の役割の再組織化に影響を与えることになる。よって多くの資源を保持できている家族にとっては、介護を社会化する部分と、家族内の再組織化によって対応する部分を合理化と効率化のもとで選択が成されるであろうし、一方、資源を保有できない家族にとっては、要介護高齢者及び家族員の状況の改善が全く見込まれないといった状況に陥ることになる。

このような資源格差による家族役割の再組織化の度合いは、他方で介護保険制度における財政状況にも影響を与える。というのは今回提示した「ゆとり対応型」、「限界対応型」、「遺棄危機型」、「潜在的危機型」においてコストに差があるからである。「ゆとり対応型」は家族役割の再組織化が進み、文化的・人的・物的資源の活用との調和も取れている状態であることから、最もコストがかからない形態である。また「潜在的危機型」においても、家族役割の再組織化が停滞はしているものの、要介護状態が低いことから人的・物的資源の活用の度合いは少なくなるため、コストがかかりにくい。一方「限界対応型」の場合は、人的・物的資源の活用の度合いが最も高い状態であり、家族役割の再組織化が進んでいたとしても、コストが伴うことになる。最後に「遺棄危機型」は両面性を抱えた状態にあるといえる。つまり遺棄状態であれば、人的・物的資源の活用が見込まれず最もコストがかからないことになる。しかし遺棄状態が発見されたならば、社会化による支援にその大部分を頼ることになり、要介護状態も進んでいることからコストは最も高くなることはあきらかである。またこの場合は、介護支援できない家族に対する教育プログラム等も必要になることから、さらにコストが上乘せされることになる。以上のことからコスト面から見る移行化プロセスは、「限界対応型」、「潜在的危機型」から、「ゆとり対応型」にどう導い

ていくかといったことや、「ゆとり対応型」のなかでの家族による介護支援を支えるための文化的・人的・物的資源をどのように手厚くしていくか、更に「ゆとり対応型」から「限界対応型」、「遺棄危機型」、「潜在的危機型」に移行させない方法が求められることになる。そのためにも保有する文化的・人的・物的資源の格差を埋める方策が必要となってくることで、そして要介護高齢者の病状の変化、家族員のライフコースの転換期、法の改正や諸制度の改革には多かれ少なかれリスクとしての危機が訪れることを受け止め、その危機を乗り越えることによって、逆に家族の凝集性が高まり介護基盤が高まることも考慮しながら、対応していくことが求められる。

## 6. おわりに

最後に、移行を困難にさせる要因として留意すべき点は、いったん「遺棄危機型」に移行してしまった場合、そこから他の型に移行することが難しいことである。例えば遺棄の状態が長期にわたっている場合や、高齢者虐待<sup>(6)</sup>が日常的に行われている場合には、要介護高齢者の家族外の人々との接触が大幅に減少する若しくは途絶するおそれがある。なぜなら、まずこれらの要因によって要介護高齢者の状態が悪化することにより、要介護高齢者による自発的な他者との接触が困難になっていくからである。また遺棄する側である家族員がこうした遺棄の事実隠蔽を行うことになるからである。そこには遺棄している事実から逃避したいという欲求と、違法行為（高齢者虐待防止法）であることから処罰回避への欲求、さらにはこの遺棄と虐待のどちらかが発見されるということは、要介護高齢者に対する介護支援の失敗という危機（「伝統的な家族規範からの逸脱」、「相互扶助ができない集団」、「介護を失敗した家族は、家族として扱われない」という評価）を受容しなければならないことであり、このことが当該の家族集団自体の分裂や崩壊を招く可能性があるからである。

こうした上記の問題を根本的に解決していくためには、まず今以上に要介護高齢者及び支える家族員に対して、関係的資源である権利と制度に関する情報の提供が必要であること。加えて公的機関による文化的資源である要介護高齢者及び支える家族員の状況、さらには人的資源である援助者に関する情報の収集が必要になる。なぜならこれらが機能することにより、文化的資源に合った形で関係的資源である制度の変更や修正が期待でき、また関係的資源である制度が向上することにより、物的資源である各種サービスの発達、人的資源にあたる援助者の動きが円滑になる可能性が高いからである。

そしてこうした社会資源の更なる進展を目指すことに加えて、介護をめぐる人々の相互作用や、高齢社会という世代を超えた共存を妨げる要因の研究、さらには緊急課題としての高齢者虐待に対しての実態をふまえた学術的なアプローチが伴うことも重要である。特に介護、虐待、家族危機の関連性に関する理論的・実践的アプローチが必要である。今後はこうしたアプローチをもとに、更に法制度や社会の支援体制を変革するための方策が検討されなければ、介護保険法自体を揺るがす可能性が高くなる。

## 注

- (1) ここでいう社会資源とは、個人や社会にとって問題解決のために利用可能なあらゆるものを意味する(長谷川 1993: 638)。その性質によって以下のように関係的・文化的・人的・物的資源に分けることができる。関係的資源とは、権利(介護を受ける権利)、制度(憲法・介護保険制度などの関連法)、審査(公的機関による調査など)である。文化的資源とは、情報(家族状況・要介護者の身体的状況・社会的状況など)、知識(専門的知識)をさす。人的資源とは、人員の配置・労働力(家族・看護師、保健師、医師、介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士・ホームヘルパーなど)、審査(福祉オンブズパーソン・民間機関による調査)をいう。物的資源とは、施設・設備・生活財・消費財(在宅介護サービス・施設介護サービス・福祉用具など)、研修機関(養成・教育・復帰)をさしている(拙稿 2000: 37-38)。
- (2) 新予防給付とは、介護保険法の改正により、「自立支援」をより徹底する観点から、軽度者に対する保険給付について、現行の要支援者を対象とする「予防給付」と要介護者を対象とする「介護給付」の一部を再編成したものである。特に現行の「要支援」及び「要介護1」を対象としており、介護予防を目的として給付されるサービスである。また要支援や要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が効果的な介護サービスを実施する「地域支援事業」を創設し、要支援、要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防事業を介護保険制度に位置づける(厚生労働省 2005: 60)。
- (3) 山根純佳は、「介護」や「家事」は女性に適しているという「仕事内容」をめぐるジェンダー規範が存在していることに言及している。特に介護労働の中でもホームヘルプに関する労働(他者を世話する)は、専門性が認知されていない点で「家庭における仕事」とされることから「女性の労働」という意味づけが強いとしている。特に、ホームヘルプ労働において9割以上を女性が占めている点、また女性たちが「介護は女性の仕事」であることを自明視している背景から説明している(山根 2007: 93-95)。
- (4) 石原邦雄は、これまでの家族危機(70～80年代に活発に展開された家族ストレス論を中心に)に対するこれまでの研究の流れを押さえながら、家族ストレス論への批判の分析、パラダイムの再検討、それぞれの理論の統合を行っている。また近年の危機理論の中心は、家族という集団ベースのよりも、個人ベースのストレス分析に主軸がおかれていることを指摘している(石原 2001: 221-238)。本稿の理論枠組みを選択する際に参考にした。
- (5) R.Hill は、この理論枠組みを通して、当該の家族が危機に陥る程度に差があることを説明するにあたって、ABC-Xモデルを示した。Hillは大きな枠組みとしてAを家族のストレス因子となる出来事、Bを家族の出来事に対する対応資源、Cを家族がその出来事に対してもつ意味づけという3つの側面とその状況によって、X(危機)をもたらすことを説明している。この理論枠組みにおいて重要なことは、ストレス因子となる出来事が、直接Xの危機に結びつかないこと、そして当該の家族が危機に至るか至らないかは、Aの出来事のストレスの質や量よりも、家族の保持するBの出来事に対する対応資源や、Cの家族の意味づけに影響されることを明らかにしている点である。
- (6) 高齢者虐待防止法に基づく初の全国調査では、2006年度の市町村が虐待を受けた又は受けたと考えられたと判断した事例(高齢者虐待)の総数は12575件であった。性別では「女性」が76.9%と、全体の4分の3以上を占め、年齢階級別では「80-89歳」が最も多く、全体の4割

近くを占めていた。虐待者との同居・別居の状況では、「同居」が84.3%と、8割以上が虐待者と同居で、虐待者との関係では、被虐待高齢者からみた虐待者の続柄は「息子」が37.1%と最も多く、次いで「夫」が14.1%、「娘」が13.5%の順であった。虐待の種別・類型については「身体的虐待」が64.1%と最も多く、次いで「心理的虐待」が35.6%、「介護等の放棄（ネグレクト）」が29.4%、「経済的虐待」が27.4%、「性的虐待」が0.7%であった。虐待への対応策について、「被虐待高齢者の保護と虐待者からの分離を行った事例」が36.2%と、約3分の1強の事例で分離が行われていた。一方、「被虐待高齢者と虐待者を分離していない事例」は59.7%と、約6割であった。分離していない事例の対応の内訳は、「養護者に対する助言・指導」が42.3%と最も多く、次いで、「被虐待高齢者に対するケアプランが見直された上で、被虐待高齢者が介護保険サービスを継続して利用」が24.3%、「見守り」が22.0%であった（厚生労働省 2007）。

## 文 献

- Hill, Reuben, 1949, Families Under Stress. Harper.
- Hill, Reuben, 1958, "Social stress on the family", Social Casework, February-March.
- 石原邦雄, 2001, 「家族ストレス論的アプローチ」, 野々山久也 清水浩昭編『家族社会学の分析視角』ミネルヴァ書房.
- 厚生労働省, 2005, 『平成 17 年度版 厚生労働白書』ぎょうせい.
- 厚生労働省, 2006, 『平成 18 年度版 厚生労働白書』ぎょうせい.
- 厚生労働省, 2007, 『平成 18 年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果（暫定版）』, 厚生労働省発表：平成 19 年 9 月 21 日  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/09/h0921-4.html>
- McCubbin, Hamilton, 1981, "Family stress theory : The ABCX and double ABCX models", in McCubbin and Patterson, J. M.,(eds.), Systematic Assessment of Family Stress, Resource, and Coping, University of Minnesota.
- McCubbin,H & Patterson,J.M., 1983,"The Family Stress Process: Double ABCX Models of Adjustment and Adaptation," In McCubbin,H., Sussman,M.B & Patterson,J.M.,(eds.),Social and the Family: Advances and Development in Family Stress Theory and Research (Marriage & Family Review 6):23
- 森岡清美・望月嵩, 1997, 『新しい家族社会学 四訂版』培風館.
- 内閣府, 2006, 『平成 18 年度版 高齢社会白書』ぎょうせい.
- 社団法人 全国老人保健施設協会編, 2006, 『平成 17 年度版 介護白書』ぎょうせい.
- 杉本敏夫編, 2007, 『高齢者福祉論』ミネルヴァ書房.
- 拙稿, 2000, 『介護保険制度の導入における社会資源の活用』吉備国際大学大学院社会学研究科論叢 2.
- 高島昌二, 2003, 「スウェーデン・モデルと福祉国家」『福祉と政治の社会学的分析』ミネルヴァ書房.
- 山根純佳, 2007, 「男性ホームヘルパーの生存戦略－社会化されたケアにおけるジェンダー」『ソシオロジ』51 (3).

